

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 123

Adénopathies cancéreuses de l'aine
simulant les adénites subaiguës

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Mars 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille CHARLET

Interne suppléant des Hôpitaux de St-Etienne

Né le 20 Décembre 1906 à CHEVAGNES (Allier)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

**ADÉNOPATHIES CANCÉREUSES DE L'AINE
SIMULANT LES ADÉNITES SUBAIGUËS**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 123

Adénopathies cancéreuses de l'aîne simulant les adénites subaiguës

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Mars 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille CHARLET

Interne suppléant des Hôpitaux de St-Etienne

Né le 20 Décembre 1906 à CHEVAGNES (Allier)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILIARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRF
Médecine légale	CATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pronéologie de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puericulture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REBATTU Ch..
MAZEL	GABRIELLE	POILLOSON	REVOL Ch..
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch...
CHAILIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SÉDALLIAN Ch..
CHAILIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FAVRE, président ; DEVIC, assesseur ;
J.-M. MARTIN et BERNHEIM, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage de tendresse et de gratitude infinies.

A MON ONCLE, A MA TANTE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES COUSINES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Nous avons toujours été reçu dans son service avec bienveillance, et avons pu apprécier son enseignement original et fructueux.

Après avoir été pour nous le Maître le plus aimable et le plus aimé, il a bien voulu nous fournir les éléments de ce travail et nous guider dans sa rédaction.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici, l'assurance de notre respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TAVERNIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD.

MONSIEUR LE DOCTEUR CROIZIER.

Dont nous avons été l'interne.

MONSIEUR LE DOCTEUR GIGNOUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJOL.

*Dont nous avons aussi fréquenté
les services.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ADÉNOPATHIES CANCÉREUSES DE L'AINE SIMULANT LES ADÉNITES SUBAIGUËS

Introduction

La pathologie des maladies inflammatoires de l'aîne, et plus spécialement de celles qui ont leur point de départ dans les ganglions lymphatiques de cette région, a toujours été considérée comme difficile. Elle a suscité de tous temps de nombreux travaux, particulièrement de la part des vénéréologues, mais elle réserve encore bien des surprises.

Tout récemment, la question des bubons a été comme rajeunie et remise au premier plan de l'actualité, à la suite de la description de la poradénite inguinale.

Cette affection que les remarquables travaux du Professeur Favre et du Professeur Nicolas ont si magistralement isolé du groupe des adénites subaiguës de l'aîne a suscité partout un très vif mouvement d'attention. Ce n'est pas, en effet, une maladie rare, une curiosité clinique.

Cette affection est, au contraire, très répandue et dans le très beau travail, devenu classique, que le Professeur Favre a inspiré à son élève Phylactos, il a

démontré que la poradénite inguinale est une affection répandue sur toute la surface du globe, et que les adénites, dites climatiques, dont la pathogénie a été si longtemps inconnue doivent rentrer dans le cadre de la poradénite.

L'attention de tous les cliniciens fut stimulée par cette découverte, et se porta sur la pathologie inguinale, ce qui valut la découverte de faits cliniques, d'importance variable, qui, jusque-là, avaient passé inaperçus. On ne trouve pas toujours ce que l'on cherche, et certains auteurs en recherchant la poradénite ont trouvé d'autres faits intéressants.

C'est ainsi que notre Maître, Monsieur le Professeur Favre, qui étudie depuis longtemps la pathologie inguinale, n'a pas été peu surpris de constater que certaines adénopathies cancéreuses peuvent évoluer à l'aine, non pas de la manière habituelle, mais en prenant le masque d'adénites inflammatoires. On n'a plus affaire à ces masses dures, lobulées, torpides, qui grossissent peu à peu, et sans présenter aucun phénomène inflammatoire peuvent former des masses volumineuses. L'aspect est tout autre ici, l'adénopathie prend dès le début un aspect inflammatoire. La masse est douloureuse, les téguments qui la recouvrent rougissent adhérent aux ganglions sur lesquels la peau se fixe. Le diagnostic clinique s'éloigne de la tumeur, et ne peut manquer de conclure à l'inflammation.

M. le Professeur Favre a observé dans son service un malade atteint de cette curieuse affection. Il a aussitôt rapproché ce cas de deux cas analogues, l'un publié à la Société de Dermatologie de Paris, l'autre qui

avait été vu par le Docteur Payenville, de Rouen, et pour lequel ce dernier lui avait demandé de faire l'examen histologique des ganglions.

Nous le remercierons ici, d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de nous communiquer ces observations et de nous avoir conseillé dans la rédaction de ce travail.

Comme nous le ferons remarquer plus loin, nos observations sont très caractéristiques. A la période de début, le bubon cancéreux mime tellement les adénites subaiguës, que dans les trois cas c'est ce diagnostic qui fut porté.

Dans les trois cas, le malade fut opéré, et ce n'est que l'examen histologique qui a fait connaître la véritable nature de la maladie.

A la suite de l'intervention, d'ailleurs, ces adénites se démasquèrent nettement, et le doute ne fut plus permis.

Nous ne savons pas comment auraient évolué ces malades si l'intervention n'avait pas eu lieu.

Néanmoins, il nous a paru intéressant de présenter ces trois observations en soulignant leurs points communs. Nos observations sont remarquablement ressemblantes.

Quoique de tels faits soient rares, il est intéressant de les signaler et d'attirer l'attention sur toutes les causes d'erreur qui peuvent intervenir dans le diagnostic, parfois difficile, d'une adénite subaiguë de l'aîne.

Lorsqu'on lit, les travaux consacrés à cette question complexe des adénites subaiguës de l'aîne, on est

étonné de constater que le cancer, et plus spécialement les épithéliomas ganglionnaires, ne sont pas cités parmi les affections inflammatoires. Personne n'a encore signalé que les adénites cancéreuses, soit primitives, soit secondaires, peuvent quitter leurs caractères de tuméfactions, indolentes, aphlegmasiques, pour révéler l'aspect d'adénites subaiguës.

Nous nous efforcerons, dans notre thèse, d'apporter quelques précisions à ce sujet, et de prouver que certaines adénopathies néoplasiques de l'aine peuvent s'entourer d'un appareil inflammatoire, qu'elles peuvent dérouter l'observateur et être prises pour des adénites subaiguës. Le nom générique de bubons désigne à l'aine les affections ganglionnaires de diverse nature qui évoluent avec un cortège plus ou moins marqué de phénomènes inflammatoires. Il y a donc lieu d'ajouter à la liste des bubons un nouveau terme, le bubon cancéreux de l'aine.

Nous rapportons trois observations d'adénopathies néoplasiques ayant évolué à l'aine à la façon d'adénites subaiguës.

Le premier cas est déjà ancien, on en lira avec intérêt l'histoire. Le Docteur Payenville, de Rouen, avait adressé au Professeur Favre, pour en faire l'examen histologique, une série de ganglions pour lesquels il avait porté le diagnostic clinique de poradénite.

Dans le lot, notre Maître fut très surpris de trouver des ganglions largement envahis par un cancer malpighien. Étonné de ce fait, il écrivit à M. Payenville pour lui demander s'il n'y avait pas eu méprise, et pour savoir comment il avait pu se faire qu'une

adénopathie cancéreuse ait pu être diagnostiquée poradénite inguinale.

On verra par la lecture de l'observation de M. Payenville que les raisons de ce diagnostic, en apparence surprenant, sont des plus légitimes.

Ainsi s'établissait dès cette époque dans l'esprit de notre Maître la notion d'évolution anormale de certaines adénopathies néoplasiques, et de leur confusion possible avec des adénites inflammatoires.

Deux autres observations devaient, par la suite, s'ajouter à la première.

L'une, des plus intéressantes, a fait l'objet d'une présentation à la Société de Dermatologie de Paris, en 1923. Nous rapportons l'observation et les discussions dont on verra tout l'intérêt.

La troisième est une observation du service du Professeur Favre. Le malade avait été vu par un médecin, puis par un chirurgien qui portèrent tous les deux le diagnostic d'adénite subaiguë de l'aine. A la suite de ce diagnostic, une intervention chirurgicale fut pratiquée, qui ne donna pas le résultat attendu; en effet, la plaie opératoire ne se cicatrisa pas et se mit à bourgeonner.

C'est à ce moment que le malade entra dans le service du Professeur Favre. En présence des lésions bourgeonnantes que présentait ce malade, on soupçonna la nature de l'affection, et on fit une biopsie des bourgeons de l'aine gauche, et un ganglion de l'aine droite. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un cancer malpighien.

PREMIÈRE PARTIE

Observations

OBSERVATION I

Obligamment communiquée

Par le Docteur Payenville, de Rouen

Il s'agit d'un homme de 58 ans, représentant de commerce, que je soignais depuis deux ans pour une syphilis nerveuse, et qui, après une phase de paraplégie presque complète, avait pu, grâce au traitement, reprendre sa vie normale et voyager.

Vers le mois d'août 1922, il présenta dans la région inguino-crurale droite une masse ganglionnaire dure, localisée uniquement de ce côté, et ne correspondant à aucune lésion, ni des membres inférieurs, ni des organes génitaux, ni de l'anus. Cette lésion resta stationnaire pendant environ un mois puis apparurent d'autres masses ganglionnaires dans la fosse iliaque. En même temps, d'autres lésions ganglionnaires apparurent à gauche.

A partir de ce moment, la première lésion devient chaude, se ramollit et s'abcède, mais il s'écoule plutôt une sérosité louche que du pus bien lié.

Au fond de l'ulcération, une masse grisâtre donne un peu l'impression d'un bourbillon gommeux en voie d'évolution.

En ce moment, la masse inguino-crurale avait à peu près le volume du poing.

En raison de la bilatéralité des lésions, de leur localisation, de leur suppuration et de l'extension au bassin, je pensai à une poradénite et je conseillai au malade d'entrer à l'hôpital dans un service de chirurgie afin que l'on puisse tenter l'ablation. A aucun moment je n'avais noté d'ulcération adénogène.

Il fut opéré le 1^{er} décembre 1922, par le Docteur Jeanne, chirurgien des hôpitaux.

L'opération consista dans l'ablation des ganglions inguinaux droits, puis dans l'extirpation des ganglions inguinaux gauches, avec curage complet de la région.

L'examen macroscopique de la pièce montra des ganglions hypertrophiés, durs, criant sous le bistouri; à la coupe, aspect scléreux avec quelques points blanchâtres uniformément disséminés, mais pas abcédés. Dans aucun endroit on ne constate l'existence d'abcès ganglionnaires en voie d'évolution; ce qui domine c'est surtout un aspect à la fois scléreux et hypertrophique.

Un fragment de ces ganglions fut envoyé au Professeur Favre qui répondit le 31 janvier 1923 : « Le diagnostic de votre adénite ne prête à aucune discussion. Il s'agit d'un ganglion largement envahi par un cancer épithélial d'origine ectodermique. Au sein des boyaux néoplasiques on voit quelques globes cornés. »

Les suites opératoires furent mauvaises. Les plaies n'avaient aucune tendance à se cicatriser. Il y eut une lymphorragie très abondante et très rapidement après, un œdème éléphantiasique des bourses et de la jambe.

Le malade quitta l'hôpital le 28 décembre 1922 et mourut quelque temps après. L'autopsie ne put être faite,

mais à la suite de la réponse histologique du Professeur Favre, j'avais pratiqué un examen minutieux du malade, y compris un toucher rectal, et je n'ai pu trouver nulle part traces d'un épithélioma. Il semble donc qu'on a été en présence d'un épithélioma ganglionnaire primitif.

OBSERVATION II

MM. Louste, Thibaut et Chavany. Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (juillet 1923).

Un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë évoluant chez une femme.

La malade est âgée de 32 ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels notoires. Elle a vu se développer en septembre 1922, une tumeur dans l'aîne gauche, sans antécédent génital connu. L'adénite a augmenté de volume et a nécessité en mars dernier une incision qui a donné issue à un mélange de pus et de sang, car elle était devenue rouge, fluctuante, et menaçait de s'ouvrir spontanément.

En avril, l'extirpation chirurgicale de toute la masse ganglionnaire avait été pratiquée et depuis lors, la plaie n'avait pas cessé de suppurer.

A l'heure actuelle la peau de la région inguinale présente un aspect saillant, irrégulier, rouge violacé avec un certain nombre d'îlots bourgeonnants, cerclés par la cicatrice de l'opération ancienne.

La rougeur et l'infiltration se sont étendues à la grande lèvre. La palpation décèle une induration profonde, ligneuse, large de six travers de doigts, à cheval sur l'arcade crurale, allant de l'épine iliaque antéro-inférieure à la petite lèvre gauche. On a la sensation d'un bloc immo-

bile sur les plans profonds. Cette palpation n'éveille aucune douleur. La fosse iliaque n'est pas empâtée.

La pression fait sourdre d'un grand nombre de petits pertuis, un pus visqueux par places, séreux au contraire en d'autres points.

En cherchant à la mobiliser, on sent que la masse ligneuse fait corps avec le bassin. Elle descend vers la face antéro-interne de la cuisse, comprimant les vaisseaux et donnant de l'œdème du membre inférieur.

L'examen général de la malade décèle une splénomégalie manifeste. La rate n'est pas palpable, mais est perceptible sur 7 centimètres carrés.

Les divers autres groupes ganglionnaires sont indemnes.

Les poumons sont normaux; le cœur également. On n'a rien trouvé d'anormal dans les urines.

L'état général est satisfaisant, mais on a une légère anémie (2.500.000 hématies; 9.000 globules blancs).

La température fait de temps en temps des crochets autour de 38°, avec des poussées fébriles plus marquées depuis 8 jours.

Les réactions de Wassermann et de Hecht ont été négatives.

L'examen du pus a montré une flore microbienne banale avec un grand nombre de polynucléaires altérés.

La recherche du bacille de Ducrey et des amibes a été négative.

Le pus séreux ne présente pas d'éléments figurés.

Il nous semble s'agir ici d'un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë qui nous paraît assez typique au point de vue clinique : le temps nous a manqué pour pratiquer toutes les recherches de laboratoire nécessaires pour étayer notre diagnostic. Ces recherches sont en cours. Nous avons pratiqué une auto-inoculation; nous avons inoculé des cobayes; nous allons faire la biopsie.

Nous vous présentons un peu hâtivement cette malade à la présente séance, parce qu'elle est la dernière avant les vacances; nous nous réservons de compléter notre enquête, de vous remontrer la malade à la rentrée d'octobre, et de vous apporter alors un diagnostic ferme et surtout les résultats de la thérapeutique que nous allons instituer: à base d'iode et d'émétine, réservant la radiothérapie comme adjuvant local s'il nous paraît nécessaire.

DISCUSSION

M. RAVAUP. — Je pense également que cette malade est atteinte de l'affection appelée lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Elle en présente tous les signes, l'évolution, et je ne pense pas que l'on puisse, dans un cas semblable, attribuer ces lésions au bacille de Ducrey, ou à celui de la tuberculose. J'ajouterai que cette malade présente, ainsi que je l'ai fait remarquer l'année dernière, des signes d'infection générale avec fièvre et splénomégalie.

J'ai examiné le pus que laissait sourdre une de ses fistules et j'ai été frappé de constater sa pauvreté en éléments leucocytaires; il renferme, en revanche, de nombreuses cellules issues des tissus ganglionnaires et conjonctifs et j'ai cru constater à un examen rapide des corps amiboïdes.

Le traitement doit être purement médical et je conseille de tenter le traitement à l'émétine et à l'iode par voie buccale, sous forme de hautes doses de Lugol dans du lait froid. Le traitement chirurgical ne

doit plus être employé chez ces malades; car j'ai toujours obtenu leur guérison depuis que je leur applique ce mode de traitement. Bien plus, j'estime l'intervention chirurgicale très souvent nuisible en raison des délabrements qu'elle nécessite, et des nombreux éléphantiasis de la jambe, souvent définitifs qui lui sont consécutifs.

M. HUDELO. — J'insiste, après M. Ravaut, sur le gros travail que représente parfois l'exérèse chirurgicale de la lymphogranulomatose inguinale; je me rappelle un cas que nous observâmes en 1891, mon ami Souligoux et moi, cas bilatéral et qui nécessita plus d'une heure trois quarts d'intervention. Je suis maintenant tout à fait partisan du traitement médical par l'émétine, et la solution de Lugol, qui m'a donné les meilleurs résultats; notamment chez un malade que j'avais adressé à mon ami le Professeur Lecène pour exérèse et auquel il proposa de faire, tout d'abord, le traitement médical; en un mois le succès fut complet.

M. LORTAT-JACOB. — La lymphogranulomatose abandonnée à elle-même s'accompagne de lésions générales des organes : foie, rate, reins, ainsi que j'ai pu en voir un cas récemment à l'autopsie.

Il s'agissait d'un malade qui avait une lymphogranulomatose, avec longue suppuration qui se termina par la mort subite.

L'autopsie démontra une rate hypertrophiée, des

reins très augmentés de volume, et un foie hypertrophié.

Ces organes étaient en tout semblables à ceux de la dégénérescence amyloïde.

M. CL. SIMON. — J'ai eu l'occasion de traiter avec succès plusieurs cas de maladie de Nicolas et Favre par l'iodure de potassium administré par voie buccale et par voie intraveineuse. La radiothérapie donne également des résultats très satisfaisants. Dans un cas, les applications de rayons X amenèrent l'affaïssement de la tumeur : cependant, de nouveaux petits ganglions apparurent malgré la radiothérapie.

M. MILIAN. — Ce cas est, il me semble, une tumeur maligne à début ganglionnaire ; la dureté ligneuse des infiltrats est un caractère important en faveur de cette manière de voir. Dans ce cas, les rayons X constituent le meilleur mode de traitement. L'autonomie de la maladie de Nicolas ne me paraît pas démontrée ; la tuberculose qui est peut-être ici en cause s'il n'y a pas tumeur, le chancre mou, les tumeurs lymphatiques s'en partagent le domaine.

M. RAVAUT. — Puisque cette fois, mon ami Milian admet qu'il ne s'agit pas de bubon chancrelleux chez cette malade, et attribue ces lésions à la maladie de Hodgkin, je crois que l'occasion est des plus favorables, de faire, par l'épreuve thérapeutique, la preuve que nous sommes bien en présence d'un cas de lymphogranulomatose de Nicolas et Favre.

S'il s'agit bien de cette affection, la malade doit

guérir par l'émétine et l'iode, comme je viens de le rappeler ; si, au contraire, comme vient de nous le dire M. Milian, il s'agit d'une maladie de Hodgkin, je crois qu'aucun traitement n'est efficace, ainsi que j'ai pu malheureusement le constater chez plusieurs malades.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1923

MM. Louste, Thibaut et Vatière-Vialeix.

A la séance du 12 juillet dernier, nous avons présenté une malade qui présentait cliniquement les signes d'une lymphogranulomatose (type Nicolas et Favre).

Elle était entrée la veille dans notre service, et comme nous voulions la traiter de suite, nous avions pensé nécessaire de vous la montrer bien que tous les examens de laboratoire n'aient pu être faits. A ce moment, les caractères cliniques paraissaient assez nets. Notre opinion était partagée par le Professeur Jeanselme, les Docteurs Balzer, Hudelo.

Nous vous disions cependant que nous compléterions l'examen par les biopsies nécessaires et qu'à la rentrée, nous la présenterions de nouveau.

Les biopsies furent faites ultérieurement :

- 1° Sur la peau voisine des fistules;
- 2° Dans la profondeur par un chirurgien après anesthésie locale.

La biopsie de la peau montre celle-ci infectée, mais sans altération de structure.

Par contre, la biopsie profonde montre qu'il s'agit d'un *épithélioma spinocellulaire typique*; on trouve

de larges boyaux épithéliaux séparés par un mince stroma conjonctif et, par places, des globes typiques.

Les cellules sont assez régulières, nullement monstrueuses et leur noyau unique a des dimensions à peu près normales.

Il n'existe pas de tissu lymphoïde.

Nous avons donc, et en bonne compagnie, fait une erreur de diagnostic.

La lymphogranulomatose ne peut pas être établie avec la clinique seulement.

Les signes cliniques décrits et connus peuvent s'appliquer à d'autres affections.

Devant ce diagnostic établi, il n'existait pas de traitement médical et cependant nous avons continué l'émétine sans résultat.

L'extension et la profondeur des lésions vers la cuisse, la paroi abdominale, et dans le bassin, interdisaient une nouvelle intervention sanglante.

Devant la gravité du cas, et après avoir prévenu la famille, nous avons demandé à M. Belot d'essayer la radiothérapie profonde.

Trois irradiations furent pratiquées :

1° Du 25 au 31 juillet : séance de une heure par jour, soit 6 heures. Porte d'entrée abdominale.

2° Du 8 au 14 septembre : porte d'entrée postérieure fessière.

3° Du 24 au 28 septembre : porte d'entrée abdominale.

Cette dernière application fut arrêtée en raison d'hémorragies locales répétées.

Les modifications locales se sont aggravées, il s'est produit des ulcérations larges et sanieuses, la grande

lèvre gauche est détruite, on voit à sa place une large ulcération cratériforme de 5 centimètres à bords éversés.

L'infiltration occupe la racine de la cuisse, l'aîne, la paroi abdominale inférieure. Les fistules se sont couvertes de bourgeons néoplasiques.

La température n'a pas cessé d'être élevée variant entre 38° et 39°; l'état général est grave et la malade est mourante.

Dans ce cas, il est certain que la radiothérapie n'a pas amélioré les lésions, elle semble les avoir certainement aggravées.

Nous n'incriminerons pas cependant cette thérapeutique, mais dans ce cas particulier nous craignons qu'elle ne fût dangereuse. Elle l'a été au delà de nos craintes; et cela confirme ce que nous savions déjà, c'est que dans un cancer infecté, la radiothérapie aggrave à la fois l'infection et semble donner un coup de fouet au néoplasme.

Mais dans ce cas nous n'avions pas le choix du moyen à tenter.

Après un acte d'humilité pour une erreur de diagnostic, parfaitement explicable d'ailleurs, nous devons faire un acte de contrition pour une thérapeutique osée et décevante, mais cependant légitime.

Un point resterait à éclaircir: d'où vient cet épithélioma spino-cellulaire, et pourquoi cet aspect de lymphogranulomatose, au début et dans l'évolution ?

Le point de départ certain, nous l'avons vainement cherché. Il est vrai que l'appareil génital de la femme renferme des régions difficilement explorables

pour les malades, et que l'indolence de la lésion initiale a pu passer inaperçue.

Il reste une autre hypothèse, parce qu'il y a eu une phase ganglionnaire nette, que nous n'avons ni vue, ni trouvée après un curage de l'aine; c'est de penser qu'il y aurait eu vraiment au début une infection ganglionnaire à tendance suppurative, et que secondairement l'épithélioma se serait développé et aurait envahi la région.

C'est possible, car l'évolution clinique et la suppuration spontanée à petits foyers multiples n'est guère le fait du cancer. Cela n'est qu'une hypothèse.

Conclusion. — Le syndrome clinique lymphogranulomatose, type Nicolas, peut être de nature cancéreuse.

En présence d'un cancer infecté, il est très dangereux d'utiliser la radiothérapie pénétrante.

M. GASTON. — Nous avons vu un cas semblable, M. Hudelo et moi. Il s'agissait d'un malade qui présentait des lésions acnéiformes des bourses, lesquelles furent cautérisées par Gaucher. On fit une biopsie, et après discussion on rejeta l'hypothèse d'épithélioma au début. Or, trois ou quatre ans après, ce malade avait une adénopathie inguinale qui fit porter le diagnostic de lymphogranulomatose. Un premier chirurgien hésite à intervenir, un second opère et l'examen histologique des ganglions montre l'existence d'un épithélioma spinocellulaire.

M. P. RAVAUT. — Je reconnais également que j'avais cru chez cette malade à l'existence d'une lymphogranulomatose inguinale. Il y avait bien la multiplicité des petits orifices punctiformes, la longueur de la suppuration, les adhérences profondes, la résistance à l'ébranlement de la masse ganglionnaire, etc.

Un fait cependant paraissait anormal, c'était l'existence d'une ulcération à bords saillants, éversés presque, ce que l'on ne voit pas dans cette affection.

Cette malade avait été examinée rapidement et la suite des événements a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire. La suppuration surajoutée à cette lésion, montra qu'elle était vraisemblablement le siège d'une infection secondaire, et je me demande maintenant si les corps amiboïdes que j'ai constatés dans le pus éliminé par les fistules n'étaient pas en rapport avec cette infection; les amibes sont fréquentes dans la région génitale et ont pu déterminer cette suppuration ainsi que je l'ai déjà constaté dans d'autres cas de lymphogranulomatose ou plutôt de poradénite comme je crois bon d'appeler cette affection.

Ceci nous montre qu'il ne faut pas trop se hâter de faire un diagnostic et que dans les cas paraissant un peu anormaux ou discutables, l'on doit s'entourer de tous les moyens de contrôle possibles. J'ajoute que dans ce cas, j'aurais dû être plus prudent, car au début de l'année, j'avais déjà commis une erreur de diagnostic comparable. Il s'agissait d'un jeune homme de 14 ans qui souffrait depuis plusieurs semaines d'adénopathies bilatérales suppurées présentant tous les

caractères de la poradénite ; j'avais été appelé à la demande de M. Netter qui avait fait ce même diagnostic ; il ne m'en voudra pas, j'en suis sûr, de rappeler ce fait, car il montre combien il est souvent difficile au début de l'affection, de distinguer la poradénite simple de certaines tumeurs ganglionnaires malignes à suppuration tout à fait anormale.

Chez cet enfant, les traitements ordinaires institués contre la poradénite échouèrent complètement et quelques semaines après apparurent des lésions ulcéreuses ; une biopsie fut alors faite par M. Marmorek et montra qu'il s'agissait d'un lympho-sarcome dont le malade mourut très rapidement.

Rendu plus prudent par ces faits, j'ai failli présenter aujourd'hui même un malade atteint d'adénopathies multiples des aines suppurant depuis très longtemps, dont le pus s'échappait par de multiples petits orifices punctiformes. Etonné de constater que le traitement n'agissait pas, j'ai retardé chez lui le diagnostic, et bien m'en prit car sur trois des orifices se développent depuis quelques jours des bourgeons charnus dont nous sommes en train de déterminer la nature.

Je ne voudrais pas que ces faits puissent faire douter de l'existence de la maladie si bien identifiée par mon excellent ami Nicolas et son école ; nous en avons observé de multiples cas indiscutables, suivis, traités et guéris d'une façon si nette qu'aucun doute n'est possible ; mais il est intéressant de faire remarquer que chaque fois qu'un fait anormal par l'aspect ou par l'évolution de cette affection se présente, il est pru-

dent de différer le diagnostic et de multiplier les recherches destinées à en confirmer ou à en infirmer l'authenticité.

M. BELOT. — J'ai vu aussi un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme présentant une adénite cervicale sans lésion buccale. En recherchant bien on apprit qu'un an et demi avant, il avait existé sur la lèvre une petite ulcération qui avait par la suite guéri spontanément. La radiothérapie pénétrante n'a rien donné dans le cas de M. Louste, mais le traitement n'a pas été appliqué assez longtemps. L'expérience montre que dans les épithéliomas très infectés, la radiothérapie peut donner de très mauvais résultats, il faut d'abord désinfecter la lésion. Le cas de M. Louste ne saurait être considéré comme un échec de la radiothérapie pénétrante.

OBSERVATION III

Service de M. le Professeur Favre

(Observation originale)

L. J., 54 ans, entre le 19 mars 1929, dans le service du Professeur Favre, avec le diagnostic d'adénite inguinale. Cette affection a commencé à se manifester en septembre 1928 : le malade s'est aperçu par hasard, qu'il était porteur à l'aîne gauche d'une petite grosseur du volume d'une noix, qui s'était développée sans occasionner de douleurs notables. Dans les semaines qui suivent, la tuméfaction grossit, devient sensible, la peau rougit à sa surface.

Le malade va consulter alors un médecin qui porte le diagnostic d'adénite subaiguë de l'aine, et pratique dans un point qui lui paraît fluctuant, une incision par laquelle s'écoule seulement un peu de sang. Quinze jours plus tard, le malade prend l'avis du chirurgien de l'hôpital des mines où il travaillait. Le diagnostic porté à ce moment, tenant compte de l'indolence relative de l'affection ganglionnaire, et du caractère torpide de l'inflammation, est celui de tuberculose ganglionnaire.

L'adénopathie paraissant bien limitée, et semblant en imminence de fonte et d'ouverture à la peau, le chirurgien conseille au malade une ablation qui est pratiquée quelques jours plus tard.

Mais, depuis l'opération, la plaie opératoire ne s'est jamais fermée, un bourgeonnement suspect s'est développé, et le malade s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour y être soigné.

On est en présence d'un homme vigoureux, qui dit avoir légèrement maigri; il ne tousse pas, a gardé les forces et l'appétit. On trouve dans l'aine droite une masse ganglionnaire relativement peu volumineuse, formée de ganglions durs, roulant sous le doigt; le plus gros a le volume d'une noix, il n'existe pas de ganglions dans la fosse iliaque droite.

A gauche, dans le pli inguinal, s'épanouit à la façon d'un champignon étalé, une masse bourgeonnante, d'un blanc rosé, qui sécrète un liquide abondant, séro-purulent. Cette masse bourgeonnante mesure environ 6 centimètres dans le sens du pli inguinal sur 4 centimètres perpendiculairement à ce pli.

Tout autour de la base d'insertion de ce champignon, la peau est rouge, mais ne montre aucune infiltration de caractère suspect. Par contre, la palpation profonde révèle dans le pli inguinal, une induration ligueuse, adhérente, à limites imprécises. On ne trouve pas d'autres

ganglions aux divers carrefours (aisselle, région cervicale).

L'état général est bon; l'examen viscéral est négatif. On constate sur le front, une éruption papulo-pustuleuse formée d'un petit bouquet d'éléments acnéiformes, qui ne paraissent pas avoir d'autre signification que celle d'une inflammation sébacée commune. Le malade n'accuse aucun prurit.

Le 6 avril. — On a fait un examen histologique qui a porté sur les bourgeons de l'aîne gauche, et sur un ganglion légèrement hypertrophié de l'aîne droite.

Le diagnostic histologique est celui d'un cancer de type malpighien, que l'examen clinique avait permis de soupçonner, en raison du bourgeonnement de mauvaise nature qui s'est développé sur la cicatrice de l'intervention.

Le malade est à ce moment examiné avec un soin tout particulier, et l'on pratique une exploration minutieuse de toutes les surfaces cutanées et muqueuses tributaires des ganglions de l'aîne. Cet examen, qui, par la suite, a été répété à plusieurs reprises, a toujours été complètement négatif.

Le malade est dès lors soumis à un traitement radiothérapique.

Le 5 mai 1929. — Le traitement radiothérapique avait d'abord paru agir très favorablement; mais depuis quelque temps les lésions sont stationnaires; le bourgeonnement du pli inguinal gauche n'a pas sensiblement diminué; dans l'aîne droite est apparue une tuméfaction dure, fixée, du volume d'une noix. Il existe de l'œdème dur de la région pubienne et des bourses. Le malade maigrit, et son état général s'altère de jour en jour.

Il quitte l'hôpital dans les derniers jours de juin. Nous avons appris qu'il avait succombé à la fin de juillet, très cachectique, et que des masses dures s'étaient formées dans les deux fosses iliaques.

DEUXIÈME PARTIE

Déductions

CHAPITRE PREMIER

Commentaire des observations

Le commentaire de ces trois observations sera pour nous, l'occasion d'établir la symptomatologie de cette affection. Le tableau que nous en brosserons sera bien incomplet et ne pourra être qu'un timide essai, car nous n'avons vu personnellement qu'un seul malade, celui de l'observation III. Il n'a d'ailleurs pas été vu au début. Il vint dans le service du Professeur Favre après l'intervention chirurgicale; il n'a donc été vu qu'à la période terminale.

Il en fut d'ailleurs de même pour la malade de l'observation II, qui ne fut observée par le Docteur Louste qu'après l'intervention chirurgicale.

Seul, le Docteur Payenville a assisté à l'évolution presque complète de l'affection chez son malade, et il nous donne une description nette des symptômes de l'affection qu'il croyait être une adénite inguinale subaiguë et plus particulièrement une poradénite inguinale.

Nous sommes certains que l'aspect de l'affection fut semblable dans les observations II et III, puisque les médecins qui avaient vu ces malades ont porté le diagnostic d'adénite subaiguë de l'aîne, et ont conclu à l'intervention.

Comme nos trois malades ont été opérés, nous ne savons pas comment eut évolué l'affection, si son cours normal n'avait pas été troublé.

Nous allons néanmoins essayer, par une comparaison de ces trois observations, de voir quels sont les symptômes qui furent communs aux trois malades, et surtout nous nous appliquerons à individualiser nettement les symptômes qui pourront nous permettre de différencier cette affection des adénopathies inguinales subaiguës connues.

L'affection que nous étudions s'est présentée chez deux hommes et chez une femme. Ces deux hommes étaient âgés respectivement de 58 et 59 ans ; la femme n'avait que 32 ans.

Le malade de l'observation I était traité depuis deux ans par le Docteur Payenville pour une syphilis nerveuse, à forme de pseudo-tabes. Après une paraplégie presque complète, il avait pu reprendre sa vie normale, et au moment où commença l'affection, il avait repris ses occupations de représentant de commerce.

Les malades des observations II et III ne présentent aucun antécédent notoire ni génital, ni d'autre nature. Il s'agit de sujets en parfaite santé.

Chez les trois malades, apparaît, dans la région inguino-crurale, une masse ganglionnaire dure, indo-

lore, découverte par hasard et qui a évolué plus ou moins lentement vers l'abcédation.

On ne saurait trop insister sur le fait qu'à ce moment chez aucun des trois malades, on n'a noté de lésion cutanée ou muqueuse, ni au niveau de l'appareil génital, ni au niveau du membre inférieur, qui permit d'expliquer l'apparition de cette adénopathie.

Après un intervalle plus ou moins long, pendant lequel cette adénopathie a augmenté de volume, elle devient douloureuse, chaude et tend à s'abcéder. Chez le malade de l'obs. I, la tumeur resta stationnaire pendant un mois après sa découverte, puis apparurent successivement, une masse ganglionnaire dans la fosse iliaque droite et d'autres ganglions de l'autre côté. A ce moment, la masse inguino-crurale du début devint douloureuse, chaude, rouge, et « s'abcéda d'elle-même donnant plutôt une sérosité louche que du pus bien lié ». Cette évolution a duré quatre mois.

Chez la malade de l'obs. II, l'adénopathie a augmenté de volume pendant 5 mois, pour devenir douloureuse, chaude et fluctuante, ce qui a provoqué une incision qui a donné issue à un mélange de pus et de sang.

Dans l'obs. III, l'adénopathie est devenue sensible en augmentant de volume quelques semaines après sa découverte. La peau devint rouge à sa surface et un médecin consulté ayant porté le diagnostic d'adénopathie subaiguë de l'aine pratiqua une incision en un point qui lui parut fluctuant; il ne s'écoula qu'un peu de sang.

La confrontation de ces observations montre donc

que dans les trois cas, les médecins ont porté sans hésitation le diagnostic d'adénite subaiguë de l'aîne. Cette diagnose semble confirmée par les faits dans l'obs. I puisque l'adénite s'est abcédée d'elle-même; il en fut de même dans l'obs. II puisque la petite incision fit écouler du pus.

Il était donc difficile à ce moment de penser qu'il s'agissait d'une adénopathie cancéreuse, en présence d'une affection qui avait à ce point l'allure d'une adénite subaiguë.

De plus, les sujets avaient toujours un bon état général, et on ne notait chez eux que cette adénite qui avait évolué d'une façon subaiguë caractéristique, vers l'abcédation.

A cette période, comme chez les trois malades l'adénite continuait à suppurer, on a fait pratiquer des interventions chirurgicales plus importantes. Dans l'obs. I, en raison de la localisation des lésions, de l'extension au bassin et de la suppuration, le diagnostic porté fut celui de poradénite inguinale, et le 1^{er} décembre 1922 (quatre mois après la découverte de l'adénopathie) on pratiquait l'ablation des ganglions inguinaux droits, puis l'extirpation des ganglions inguinaux gauches avec curage complet de la région sans toucher aux masses iliaques.

Chez la malade de l'obs. II, en avril 1923, soit six mois après la découverte de la tumeur initiale, on pratiquait une extirpation chirurgicale de toute la masse ganglionnaire.

Dans l'obs. III, quatre mois après la découverte de la tumeur, le chirurgien ayant porté le diagnostic de

tuberculose ganglionnaire pratiqua l'ablation de toute la masse inguinale.

Ces interventions, dans les trois cas, ont donc consisté dans l'extirpation de la masse ganglionnaire inguinale avec curage ganglionnaire de la région. Elles ont rompu le cours normal de l'évolution de cette variété intéressante de cancers, et nous ne savons donc pas exactement comment ils auraient évolué, si l'on n'était pas intervenu.

Les suites opératoires ont été semblables dans les trois cas : la plaie ne s'est pas fermée et a suppuré, prenant mauvaise allure.

A ce moment, nous entrons dans la période terminale où l'affection met bas le masque, et où le doute n'est plus permis sur sa nature. Cette période terminale a été, comme nous allons le voir, plus ou moins longue selon les sujets, mais a évolué chez tous les trois suivant la même modalité vers la mort.

Le malade de l'obs. I est mort trois mois après l'intervention. La plaie n'avait aucune tendance à se cicatriser. Le Docteur Payenville signale une lymphorragie très abondante, et vit rapidement apparaître un œdème éléphantiasique des bourses et de la jambe. Le malade quitta l'hôpital un mois après l'intervention et mourut quelque temps après, sans qu'on pût pratiquer l'autopsie.

La malade de l'obs. II est morte sept mois après l'intervention. Trois mois après cette intervention, au moment où elle fut présentée par le Docteur Louste à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, la peau de la région inguinale présentait un aspect sail-

lant, irrégulier, rouge violacé avec un certain nombre d'îlots bourgeonnants, cerclés par la cicatrice de l'opération. A ce moment la rougeur et l'infiltration étaient étendues à la grande lèvre. A la palpation, on sentait une induration profonde, ligneuse, large de six travers de doigts, à cheval sur l'arcade crurale, allant de l'épine iliaque antéro-inférieure à la petite lèvre gauche. La pression faisait sourdre d'un grand nombre de petits pertuis un pus visqueux par places, séreux au contraire en d'autres points. A ce moment, on avait déjà de l'œdème du membre inférieur.

En novembre 1928, c'est-à-dire sept mois après l'intervention, à la veille de la mort, la malade avait vu son état s'aggraver encore, et elle présentait des ulcérations larges, sanieuses ; la grande lèvre gauche avait été détruite. L'infiltration occupait l'aine, la racine de la cuisse et la paroi abdominale inférieure. Les fistules étaient recouvertes par des bourgeons néoplasiques. La malade est morte peu de temps après.

Entre juillet et novembre, on avait fait trois séries de séances de radiothérapie profonde, qui ont semblé, disent les auteurs, avoir aggravé la maladie.

Le malade de l'obs. III a été vu pour la première fois par le Professeur Favre en mars, trois mois environ après l'intervention, et il est mort en juillet, quatre mois plus tard, soit sept mois après l'intervention.

En mars, sa plaie continuait à suppurer, sans s'être jamais fermée. On voyait à l'aine droite quelques ganglions durs, mais on n'en trouvait pas dans la fosse iliaque. A gauche, dans le pli inguinal, on voyait s'épa-

nour à la façon d'un champignon étalé une masse bourgeonnante, d'un blanc rosé, sécrétant un liquide abondant, séro-purulent. Tout autour de la base d'insertion de ce champignon, la peau était rouge, mais ne montrait aucune infiltration de caractère suspect, par contre la palpation profonde montrait une induration ligneuse, adhérente, à limites imprécises. Un examen histologique portant sur les bourgeons de l'aine gauche, et sur un des ganglions de l'aine droite montra qu'il s'agissait d'un cancer de type malpighien.

La radiothérapie qui, au début, semblait agir favorablement, ne donna pas grand résultat. On vit apparaître un œdème dur des bourses et de la région pubienne. Le malade devient cachectique, quitte l'hôpital et meurt chez lui, sept mois après l'intervention. Nous avons appris que deux masses dures étaient apparues dans les deux fosses iliaques.

Ici encore, nos trois observations semblent caiquées l'une sur l'autre. Le Docteur Payenville ne nous a pas laissé une description très exacte de la plaie post-opératoire, mais les deux descriptions des obs. II et III sont assez détaillées pour qu'on se représente bien dans les deux cas, la forme et l'allure des bourgeons qui ont proliféré dans la plaie.

Dans les trois cas, l'infiltration profonde développée dans la région amène des compressions, des œdèmes éléphantiasiques au niveau du membre inférieur et des organes génitaux.

Chez les malades des obs. I et III, on a noté l'apparition de masses ganglionnaires volumineuses dans

la fosse iliaque, du côté où se trouvaient les lésions ayant suppuré, et d'autres ganglions dans le pli inguinal opposé.

Chez nos trois malades, l'examen histologique a été pratiqué, soit sur la pièce opératoire (obs. I), soit sur des biopsies faites sur les bourgeons, ou sur les ganglions (obs. II et III). Pour les trois, il s'agissait d'un cancer de type malpighien, avec des globes cornés typiques ; mais l'examen n'a pu montrer dans aucun cas quelle était l'origine primitive de ce cancer. On a vu au cours des observations que l'examen complet des malades n'avait donné aucun indice sur l'origine probable de cette affection, et ce n'est pas un des caractères les moins curieux de ces bubons cancéreux que celui de l'impossibilité où l'on s'est trouvé de préciser leur point de départ. Dans nos 3 cas, il s'est agi d'adénopathies cancéreuses cliniquement primitives.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Nous essaierons maintenant de regrouper les faits notés au cours de la confrontation de ces trois observations pour avoir une vue d'ensemble des symptômes de cette affection. Comme nous ne connaissons pas son évolution complète, cette dernière ayant été modifiée, dans les trois cas dont nous relatons les observations, par des interventions chirurgicales, et des traitements radiothérapiques, nous nous bornerons à décrire :

Une période de début ;

Et une période tardive.

1° PÉRIODE DE DÉBUT

Pendant la période de début, l'affection évolue exactement comme une adénite subaiguë.

Elle se présente chez des sujets qui avaient été jusqu'à ce moment bien portants par l'apparition d'une masse ganglionnaire au niveau de l'aîne.

Ces ganglions sont unilatéraux, durs, peu douloureux. Ils forment une masse irrégulière, un peu bosselée, indolore à la pression, et qui n'est adhérente ni à la peau, ni aux plans profonds. Il est bon de noter qu'un examen minutieux des territoires dont sont tributaires les ganglions engorgés ne montre pas de lésions ni au niveau du membre inférieur, ni au niveau de l'appareil génital, qui permette d'expliquer l'apparition de cette adénite.

Les symptômes généraux à ce moment ne sont pas très caractéristiques, et l'état général du malade est bon et ne semble pas troublé par l'existence de l'adénopathie.

De volume réduit, au début, cette tumeur se met à évoluer d'une façon continue, et peut atteindre et même dépasser le volume d'un œuf.

En même temps qu'évolue la masse inguinale, on peut voir apparaître dans la fosse iliaque correspondante de petites masses ganglionnaires et on peut noter aussi l'apparition de quelques ganglions durs dans le pli inguinal opposé.

A l'indolence du début, succède plus ou moins rapidement une sensation de gêne qui augmente avec l'accroissement de volume de la tumeur, et qui peut même devenir une douleur nette.

En même temps la peau rougit peu à peu, et la palpation peut montrer un ramollissement de la tumeur annonçant la suppuration prochaine. A ce moment, la tumeur est toujours mobile sur les plans profonds.

Cette évolution subaiguë de l'adénopathie vers le

ramollissement et la suppuration s'étend sur un laps de temps fort variable qui peut aller de 1 à 5 mois.

A la phase terminale de cette période de début, on se trouve en présence d'une tuméfaction de volume variable; pouvant aller de la grosseur d'un œuf à la grosseur d'un poing; en voie d'abcédation imminente.

Cette tuméfaction est chaude, elle est recouverte par une peau rouge qui lui est fixée en un seul, ou en plusieurs points.

La palpation montre qu'elle est douloureuse, et permet de sentir une fluctuation nette. A ce moment, si la tumeur est déjà fixée sur les plans profonds, le diagnostic ne doit pas s'égarer, et cette fixation profonde est à ce moment le seul symptôme qui permette de différencier ces adénopathies cancéreuses des adénites subaiguës banales.

Mais la tumeur peut ne pas être encore fixée et présenter à ce moment le signe de l'ébranlement profond, signe sur la valeur duquel M. le Professeur Favre a bien insisté, en y ajoutant le caractère d'indolence, pour le diagnostic de la poradénite inguinale.

Dans les adénopathies cancéreuses dont nous nous occupons, l'ébranlement profond, s'il existe encore, sera douloureux.

Il est bon de noter que les masses ganglionnaires de la fosse iliaque, ou celles du pli inguinal opposé n'auront aucune tendance au ramollissement.

A ce moment, l'état général du sujet n'est encore que très légèrement altéré, un peu d'affaiblissement, pas d'amaigrissement notoire.

Si le médecin n'a pas encore été averti par la fixa-

tion de la tumeur aux plans profonds, il conseillera à son malade une incision pour éviter la fistulisation à la peau de la collection purulente. Comme cette incision ne guérira pas la lésion qui continuera à suppurer, il en arrivera à faire pratiquer une ablation chirurgicale des ganglions malades.

L'examen histologique des fragments de la pièce opératoire s'impose alors. Ce sera un moyen sûr d'être renseigné sur la véritable nature de l'affection, sans avoir à attendre l'évolution ultérieure. La clinique doit ici plus que jamais s'appuyer sur le laboratoire pour pouvoir progresser sûrement.

2° PÉRIODE TARDIVE

A la suite de l'intervention, nous entrons dans la période tardive. Alors, l'affection se caractérise par des symptômes nets, et on voit apparaître des signes généraux qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie.

Localement, la plaie n'a aucune tendance à se cicatriser, et laisse écouler une suppuration abondante. On voit apparaître sur les lèvres de cette plaie des bourgeons de mauvaise nature qui augmentent de volume et sécrètent abondamment. Ces proliférations arrivent à former une masse bourgeonnante, d'une teinte rosée, qui s'épanouit à la façon d'un champignon, étalée dans le pli inguinal.

Au lieu d'avoir affaire à une masse uniforme, on pourra se trouver en présence d'îlots bourgeonnants, encerclés et séparés par une peau rouge violacée.

Les tissus environnants sont rouges et infiltrés et cette infiltration peut aller jusqu'aux organes génitaux externes. Elle augmentera d'ailleurs d'une façon continue.

La palpation montre que cette infiltration existe non seulement en surface, mais aussi en profondeur. La lésion inguinale forme un bloc avec les plans sous-jacents, et il est impossible à ce moment de retrouver le signe de l'ébranlement.

Cette infiltration gagnera les organes génitaux externes, la paroi abdominale, la cuisse, en causant au malade des douleurs violentes.

En outre, apparaîtront des œdèmes éléphantiasiques des bourses et de la jambe, dus à la stase veineuse par compression. Il sera aussi de règle de voir apparaître et augmenter de volume, si elles n'existent déjà, des masses ganglionnaires, dans les deux fosses iliaques et au pli de l'aîne opposé.

Concurremment aux symptômes physiques et fonctionnels, on a, au cours de cette période tardive, des symptômes généraux qui sont des plus importants.

L'état général du malade s'altère progressivement et la cachexie cancéreuse s'installe sournoisement pour aboutir à la mort.

Le malade est fébrile, sa température est à 38°, et monte quelquefois jusqu'à 39°.

Il a perdu l'appétit, et l'anémie s'installe chez lui et devient de plus en plus prononcée. Les muqueuses sont décolorées, et le nombre des globules rouges tombe de plus en plus bas.

Le malade s'affaiblit de jour en jour et marche à

grands pas vers la mort qui surviendra au bout d'un intervalle de temps variable, de deux à huit mois après l'intervention.

Si l'on essaie d'enrayer cette évolution fatale par un traitement radiothérapique ; à cette période, on n'aura que des résultats décevants. Comme avec tous les cancers infectés, on obtient ici un résultat opposé à celui que l'on recherchait.

En effet, on donne un coup de fouet à la lésion et l'on voit se produire des ulcérations profondes, et apparaître de nouveaux bourgeons.

TROISIÈME PARTIE

Considérations étiologiques

Il nous sera impossible de démontrer l'étiologie de ces adénopathies cancéreuses, aussi nous nous contenterons d'exposer dans ce chapitre, les considérations étiologiques que l'on peut tirer de l'examen de nos observations.

L'examen histologique nous a montré dans les trois cas qu'il s'agissait de ganglions envahis par un épithélioma malpighien typique avec globes cornés, mais dans aucun cas il n'a été possible de préciser le point de départ, et d'affirmer qu'il s'agissait bien de métastases ganglionnaires.

Le laboratoire a été un auxiliaire précieux pour aiguiller le diagnostic sur la bonne voie, dans les cas où la biopsie avait été faite à un moment où la clinique ne permettait pas encore de soupçonner la nature maligne de l'affection. Il fut un élément de confirmation dans la troisième observation, car au moment où le Professeur Favre vit le malade, le bourgeonnement de mauvaise nature qui s'était développé sur la cicatrice de l'intervention, lui avait fait porter le diagnostic d'adénopathies cancéreuses.

Mais de quelle nature était ce cancer, car il était évident qu'il ne s'agissait pas de cancer ganglionnaire primitif.

On pratiqua alors un examen minutieux du malade pour essayer de trouver le point de départ de l'affection. On examina de très près toutes les surfaces cutanées tributaires des ganglions de l'aîne, le

membre inférieur, la paroi abdominale, la région fessière, la région périnéale, le scrotum, la verge, et plus particulièrement le gland et le sillon balano-préputial. On ne trouva nulle part la moindre petite lésion, la moindre cicatrice qui put donner une explication. Les testicules et leurs épидидymes étaient normaux. Le toucher rectal montra une prostate normale et ne permit pas de sentir de tumeur. On pratiqua une exploration radioscopique complète du tube digestif, après ingestion de bouillie bismuthée, qui ne montra aucun retard du transit intestinal.

Par ailleurs, l'auscultation pulmonaire et cardiaque ne montrait rien.

On ne trouvait pas d'autres ganglions ni dans les aisselles, ni dans la région cervicale.

L'état général du sujet restait bon.

L'échec de ces différents examens ne découragea pas le Professeur Favre; et pendant les trois mois où le malade séjourna dans son service, depuis le jour où on eut connaissance de l'examen histologique, il répéta de nombreuses fois lui-même, ces examens minutieux, et toujours sans aucun résultat.

Le Docteur Louste et le Docteur Payenville examinèrent également leurs malades de très près, et n'arrivèrent pas non plus à être renseignés où tout au moins à trouver un indice quelconque.

L'affection continua donc à évoluer chez les trois malades sans qu'on ait pu arriver à trouver le point de départ de ces adénopathies cancéreuses, et ils quittèrent tous les trois l'hôpital avant leur mort, ce qui

nous a privé des renseignements précieux qu'aurait pu fournir l'autopsie.

Que peut-on penser en présence d'un tel état de choses ?

Le Docteur Louste, dans la discussion de son observation à la séance de la Société de Dermatologie, soulève l'hypothèse d'une petite lésion passée inaperçue, dans le territoire cutanéomuqueux tributaire des ganglions inguinaux. La lésion aurait pu être d'autant plus facilement méconnue qu'elle était indolente, et que l'appareil génital de la femme renferme des régions difficilement explorables.

Le point de départ serait donc une de ces dermatoses précancéreuses bien connues aujourd'hui ; et auxquelles tous les cliniciens accordent l'importance qu'elles doivent avoir ; une de ces minimes lésions diskératosiques, véritables cancers en puissance que sont la maladie de Bowen, les lésions pagétoïdes, les érythroplasies.

La suggestion du Docteur Louste n'est qu'une hypothèse de grande vraisemblance, mais, dans son cas en particulier, M. le Professeur Favre nous autorise à affirmer que les examens ont été si attentifs et si fréquents qu'aucune lésion de ce genre, même minime, n'eût pu passer inaperçue.

Il ressort de ces considérations que nos trois cas d'adénites néoplasiques présentent un double intérêt. Elles ont simulé des adénites inflammatoires, elles ont évolué à la façon de cancers ganglionnaires primitifs, le point de départ du processus néoplasique

qui a envahi secondairement les ganglions ayant passé inaperçu.

De tels faits sont-ils inconnus dans la pathologie ganglionnaire ?

La notion de cancer évoluant sous le masque de l'inflammation a déjà été illustrée par des exemples extrêmement démonstratifs. Dans sa thèse qui lui fut inspirée par MM. Favre et Nicolas, le Docteur Gensollen a rapporté deux observations de cancer aigu à type d'actinomyose cervico-faciale. Ces deux observations, très intéressantes, sont à rapprocher des trois que nous relatons dans ce travail.

Il s'agissait de malades présentant une tuméfaction de la région angulo-maxillaire, qui avait grossi assez rapidement, était devenue rouge, chaude, douloureuse et s'était fistulisée.

L'affection semblait être une actinomyose cervico-faciale, cependant on ne pouvait découvrir de grains jaunes dans le pus. Le traitement par l'iodure de potassium fut inopérant. Une intervention fut pratiquée et fut suivie dans les deux cas par une marche très rapide des lésions qui aboutit à la mort.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'épithéliomas spino-cellulaires typiques.

C'était donc, là aussi, une affection cancéreuse qui avait évolué à la manière d'une inflammation aiguë, mimant l'actinomyose et qui ne s'était démasquée que pour prendre une grande extension et aboutir à la mort.

Notre thèse est donc une preuve de plus à l'appui

de cette importante notion qui doit être admise désormais en clinique, que le cancer n'évolue pas toujours sous la forme d'infiltration, de tuméfaction aphlegmasique, mais qu'il peut emprunter les symptômes que l'on considère comme caractéristiques des affections aiguës.

Nous essaierons d'établir dans le chapitre suivant consacré au diagnostic, par quels symptômes on peut éviter l'erreur et reconnaître ces formes larvées du cancer.

QUATRIÈME PARTIE

Diagnostic

Au cours de ce chapitre, nous étudierons par quels caractères cliniques on peut arriver à différencier les adénopathies cancéreuses que nous venons d'étudier des autres tuméfactions que l'on peut rencontrer dans cette région.

Le carrefour lymphatique de l'aîne est des plus importants, car il draine, en outre des lymphatiques du membre inférieur, ceux de la sphère génitale, de la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale, ceux de la fesse, du périnée et de l'anus.

Les adénopathies sont la conséquence d'une lésion infectieuse à agent connu ou inconnu siégeant sur le territoire lymphatique de ces ganglions.

Mais il existe en outre bon nombre d'affections à réaction ganglionnaire multiple ou même généralisée dont le diagnostic doit être également fait.

Nous nous occuperons tout d'abord rapidement des tuméfactions qui ne sont pas des adénopathies.

Au pli inguinal, nous nous trouverons en présence d'un certain nombre d'affections fort disparates qui peuvent donner le change avec une adénopathie.

Pour faciliter la description, nous nous occuperons en premier lieu des affections aiguës, puis des affections chroniques.

1° AFFECTIONS AIGUES SIMULANT UNE ADÉNOPATHIE

L'épiplocèle enflammée ou la *hernie crurale étranglée* seront individualisées par le commémoratif de la présence d'une tumeur ancienne, molle, mobile de la

région, et par un examen appliqué. Néanmoins, le diagnostic peut être délicat.

Nous ne ferons que signaler, l'*orchite d'un testicule ectopié* et la *phlébite de la saphène*.

La présence d'un *abcès ostéo-myélitique* serait tout aussi exceptionnelle.

2° AFFECTIONS CHRONIQUES SIMULANT UNE ADÉNOPATHIE

Nous nous contenterons de citer, la *hernie crurale*, facile à différencier par la réductibilité, l'impulsion à la toux.

L'*épiplocèle adhérente* se trahit aussi presque toujours par l'impulsion à la toux.

L'*anévrisme de la fémorale* est très rare. Les battements, l'expansion synchrone au pouls, établissent sa nature,

Les *abcès par congestion du Mal de Pott* qui sont arrivés dans la région par la gaine du psoas sont le plus souvent réductibles et ce caractère permet de les différencier.

Mais si l'abcès froid s'est développé dans la région à la suite d'une coxalgie, d'une ostéite coxale, il est irréductible, comme celui qui a le ganglion pour origine. On le distingue parce qu'il a été d'emblée ramolli, et surtout par les signes concomittants de tuberculose osseuse ou articulaire.

Nous signalerons en outre certaines tumeurs liquides : l'*hydrocèle congénitale* ou en bissac ; les *varices de la saphène*, les *kystes*, qui sont soit sébacés, soit hydatiques. On peut se trouver aussi en présence d'un

hygroma développé aux dépens d'une bourse séreuse accidentelle due au port d'un bandage herniaire.

Nous devons, pour être complet, mentionner quelques tumeurs solides.

Le *fibrome* et le *lipome* de la région de l'aîne sont des tumeurs très rares. Ils sont l'un et l'autre indolents.

Le fibrome est de consistance plus ferme et plus arrondie que l'adénite, le lipome est plus mou et plus lobulé.

Le *sarcome* et l'*enchondrome* sont des tumeurs malignes développées aux dépens du squelette sous-jacent, aussi lui sont-elles adhérentes dès le début, ce qui facilite le diagnostic.

Parmi toutes ces affections disparates il n'en est pas qui doivent offrir de réelles difficultés pour le diagnostic.

Il ne sera pas aussi facile de distinguer nos adénopathies cancéreuses des autres adénopathies. Comme elles peuvent être d'origines très variées, nous les diviserons pour la commodité de la description en adénopathies généralisées, et en adénopathies localisées à l'aîne que nous examinerons successivement.

I. — Adénopathies généralisées

A. — DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Un certain nombre de maladies infectieuses donnent des adénopathies généralisées.

Dans la *diphthérie* et l'affection encore mal connue, dite *fièvre ganglionnaire*, les adénopathies prédominent dans la partie haute du corps, mais peuvent se voir aux régions inguinales.

Dans la *rubéole*, les ganglions sont perceptibles partout, et sont un élément important de diagnostic avec la rougeole.

Dans la *peste bubonique*, les adénites sont un signe constant. Elles sont généralisées, mais c'est au niveau de la région inguinale qu'elles sont généralement le plus développées. Ces ganglions arrivent souvent à la suppuration, mais ils sont accompagnés par un état général tellement grave, et l'affection évolue si rapidement que le diagnostic sera vite posé. Dans quelques formes atténuées de peste bubonique, où le diagnostic pourrait être malaisé on est vite renseigné par les recherches de laboratoire (hémoculture, présence de bacilles pesteux dans le pus de l'adénite, réaction de fixation).

B. — DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES

On constate également des adénopathies généralisées dans les affections chroniques suivantes, que nous envisagerons successivement sans ordre particulier.

Dans la *syphilis secondaire*, chez les jeunes sujets surtout, on a, au moment de l'explosion des accidents secondaires, des adénopathies multiples, à ganglions séparés, indolores, siégeant dans tous les groupes lymphatiques. Ces ganglions ne doivent pas être confon-

pus avec les adénopathies satellites de l'accident primitif.

Le *prurigo de Hébra* amène une hypertrophie ganglionnaire rapide de l'aine. Cette affection est caractérisée par des lésions spéciales, dites papules de prurigo et accompagnée d'un prurit violent, ainsi que de modifications de la peau (lichenification). Elle survient en général chez des sujets jeunes. Dans l'aine on a des ganglions durs généralement isolés et indolents. La suppuration ne se produit jamais. Là encore, l'allure générale de l'affection nous éclairera pour le diagnostic.

Lymphadénies généralisées. Sous ce nom on groupe toute une série d'affections du système ganglionnaire, différant entre elles, surtout par des modifications de la formule sanguine. Les caractères ganglionnaires sont les mêmes dans ces différentes formes (aspect bosselé, fermeté, pas de tendance à la suppuration, généralisation à l'ensemble du système lymphatique). Aussi, pour arriver au diagnostic, faudra-t-il avoir recours à l'hématologie, et procéder à la recherche des différents symptômes que nous allons envisager.

Nous allons voir successivement les caractères propres à chacune de ces affections.

Dans la *leucémie aiguë*, l'hypertrophie ganglionnaire est modérée. On se basera pour le diagnostic différentiel sur l'hypertrophie de la rate, la fièvre, les hémorragies nasales et gingivales, l'évolution rapide. Dans le sang on a des cellules indifférenciées.

Leucémie chronique. Nous éliminerons la *leucémie myéloïde* où les hypertrophies ganglionnaires sont très

modérées. Il n'en est pas de même de la *leucémie lymphoïde chronique* où les ganglions sont souvent énormes. Les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux sont pris simultanément. La rate est grosse, il n'existe pas de prurit, ni de fièvre.

L'examen du sang donne une formule où prédominent les cellules mononucléaires, dont le chiffre peut atteindre et même dépasser 80 à 90 %.

Maladie de Hodgkin ou *adénie éosinophilique prurigène de Favre*.

Cette affection atteint l'aine secondairement, après avoir touché primitivement les carrefours lymphatiques cervicaux et axillaires. Cette affection s'individualise par son évolution par poussées fébriles successives, par les adénopathies de consistance particulièrement dures, par le prurit beaucoup plus marqué que dans les autres formes de lymphadénie généralisée. L'examen du sang montre une anémie progressive, et de la leucocytose (polynucléose avec éosinophilie intermittente).

Pseudo-leucémie. On a décrit sous ce titre des formes qui ne relèvent pas de la maladie de Hodgkin et qui présentent une formule hématologique caractérisée par une leucocytose modérée avec lymphocytose. Il s'agit de cas certainement disparates dont les travaux actuels amènent progressivement le démembrement. Quelques-uns de ces cas sont des leucémies lymphatiques avant l'apparition des perturbations sanguines qui peuvent être tardives, d'autres des réactions hyperplasiques infectieuses. Des recherches ré-

centes ont montré que la syphilis pourrait ne pas leur être étrangère.

Lymphadénie syphilitique (syphilis tertiaire acquise ou héréditaire). Cette forme considérée jusqu'ici comme rare ne s'accompagne ni de fièvre, ni de prurit; la rate est grosse, les ganglions, de volume moyen sont généralisés et fondent rapidement sous l'influence du traitement.

Lymphadénie tuberculeuse. Cette affection rare se manifeste par de volumineux paquets ganglionnaires siégeant en tous les points habituels, de consistance ferme, sans tendance à la suppuration, comme d'ailleurs les autres lymphadénies. Il n'y a jamais de prurit, pas de fièvre en général. La formule sanguine (lymphocytose, leucocytose variable) diffère des formules des autres adénies. L'examen histologique d'une biopsie et l'inoculation au cobaye fixeront le diagnostic.

Nous voyons donc que pour toutes ces lymphadénies généralisées, si parfois l'adénopathie inguinale pourrait en imposer et faire croire à une adénopathie cancéreuse, l'examen général du sujet renseigne sur-le-champ. En effet, dans toutes ces affections, les autres carrefours ganglionnaires sont engorgés en même temps, et l'on a des symptômes généraux qui permettent de faire le diagnostic. D'ailleurs, dans tous les cas, l'hématologie donnera des précisions, s'il en est besoin.

Nous aborderons donc maintenant le chapitre le plus délicat du diagnostic. Nous nous occuperons des adénopathies qui sont localisées à l'aîne.

II. — Adénopathies localisées

Ces adénopathies sont dues à des lésions primitives des plus variables qui se trouvent sur le domaine des lymphatiques arrivant aux ganglions.

L'anatomie nous apprend que les ganglions inguinaux reçoivent les lymphatiques de la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale, des organes génitaux, du périnée, de l'anus et de la fesse; alors que les ganglions cruraux reçoivent les lymphatiques du membre inférieur. En outre, il est bien établi que les lymphatiques des organes génitaux et de l'anus vont aux ganglions inguinaux les plus internes. Il semblerait donc qu'après un examen topographique des ganglions tuméfiés, il devrait être possible de savoir de quel territoire vient l'infection. En fait, la clinique ne cadre pas d'une façon rigoureuse avec les descriptions anatomiques. C'est ainsi que les ganglions sus-fallopeiens superficiels sont décrits comme rares, peu importants, ne voyons-nous pas cependant les lésions génitales donner assez souvent des réactions à leur niveau. Et que penser des adénopathies croisées avec lésion d'un côté et adénite du côté opposé ? On doit donc admettre de larges communications lymphatiques.

Nous nous bornerons simplement à constater comme assez souvent vérifiée, la règle classique suivante : les lésions du membre donnent des adénopathies longitudinales, dans l'axe du membre; les lésions génita-

les donnent des adénopathies transversales. Cette règle toutefois n'est que très approximative.

Nous ne ferons pas un diagnostic suivant la forme, aiguë, subaiguë, ou chronique, des adénopathies que nous allons examiner. Nous les diviserons en deux groupes :

- 1° Adénopathies suppurées ou en voie de l'être ;
- 2° Adénopathies sans tendance à la suppuration.

1° ADÉNOPATHIES SUPPURÉES OU EN VOIE DE L'ÊTRE

Le *bubon chancrelleux* est la principale affection qui donne des adénopathies suppurées à l'aîne. La notion des ulcérations chancrelleuses aiguillera le diagnostic. On les trouvera, soit aux organes génitaux externes, soit à l'anus, soit même, quelquefois, sur le col utérin chez la femme. On pourra ne plus trouver que la cicatrice suivant la période à laquelle s'est déclarée l'adénopathie.

Contrairement à ce que nous avons vu dans nos observations, il s'agit ici d'une adénite qui est douloureuse dès le début, et qui augmente rapidement de volume, rendant la marche difficile. La peau devient rouge violacée; il y a un degré plus ou moins marqué d'infiltration inflammatoire périganglionnaire.

La palpation montre une masse unique, pâteuse, douloureuse, ovoïde, allongée dans le sens de l'arcade de Fallope. La suppuration totale survient plus ou moins rapidement, parfois même elle peut tourner court. Le pus qui s'est fait jour, soit spontanément, soit à la suite d'une incision est café au lait ou choco-

lât, avec des stries de sang. La cicatrisation est rapide lorsque l'ulcération ganglionnaire n'est pas envahie par le bacille de Ducrey, ce qui facilitera le diagnostic à cette période.

Par contre, si la chancrellisation se produit, il faut de longues semaines de traitement pour guérir cette adénite qui est transformée en une large surface ulcérée à bords décollés, à pus donnant une auto-inoculation positive, qui ne ressemble en rien alors aux plaies bourgeonnantes de nos observations.

Poradénite inguinale

Notre observation II montre que le bubon cancéreux peut être pris pour une poradénite inguinale. Elle le peut si bien que la confusion a été faite par des maîtres dont nul ne conteste l'expérience dans le diagnostic des adénites inguinales.

Dans la poradénite comme dans le bubon cancéreux on peut observer des masses ganglionnaires inguinales et iliaques qui présentent des phénomènes inflammatoires dont l'acuité n'est pas celle des ganglions du chancre mou; la suppuration est tardive; on n'observe pas la fonte totale, la liquéfaction de la masse ganglionnaire; l'inflammation est plutôt subaiguë que franchement aiguë. Il y a là quelques ressemblances entre les deux affections.

M. Favre estime qu'il lui est difficile de poser des règles de diagnostic entre la poradénite et le bubon cancéreux au premier stade de son évolution. Il n'a jamais observé en effet ce stade de début au bubon

cancéreux, et pourtant c'est surtout à cette période que le diagnostic présente tout son intérêt.

Il lui semble pourtant que l'évolution de la poradénite est plus rapide, que les phénomènes inflammatoires, la douleur à la pression sont d'emblée plus marqués, et que la formation des suppurations parcellaires s'y montre plus hâtive.

L'adénite iliaque est d'apparition plus précoce. La poradénite évolue chez des sujets ordinairement plus jeunes. L'examen attentif des muqueuses génitales permet souvent de retrouver soit la minime lésion herpétiforme, soit l'ulcération intra-urétrale qui représente le chancre poradénique.

Dans sa pratique maintenant très longue des inflammations de la région de l'aine, notre Maître n'a jamais eu l'occasion d'observer un cas où il ait été amené à prendre pour une poradénite un bubon cancéreux.

Dans le cas présenté à la Société de Dermatologie, il eut certainement fait les plus expresses réserves, et n'eut point admis le diagnostic de poradénite en raison d'un signe de très grande importance : la fixation profonde de la masse ganglionnaire qu'il n'a jamais observée dans la maladie qu'il a décrite.

La poradénite peut bien, en effet, créer à l'aine des masses adénopathiques volumineuses qui, après une première période où elles se montrent douloureuses, deviennent ensuite presque indolentes; mais si ces masses adhèrent à la peau épaissie et violacée, elles ne contractent dans la profondeur aucune adhérence qui les fixent, bien au contraire, lorsqu'on saisit à pleine main la masse ganglionnaire, on peut la mo-

biliser sur les plans profonds sans que le malade éprouve de douleurs vives. On reconnaît là, le signe dit « de l'ébranlement ganglionnaire » devenu classique depuis que M. Favre l'a décrit dans la thèse de Phylactos.

Dans le bubon cancéreux, bien au contraire, on voit rapidement apparaître la fixation de la masse ganglionnaire qui s'immobilise, fuit vers la profondeur, et produit des œdèmes lymphatiques que notre Maître n'a jamais observés dans l'évolution spontanée de la poradénite. Ils n'ont été vus qu'à la suite d'ablations chirurgicales de masses volumineuses entraînant une stase lymphatique des membres inférieurs.

A la période où il lui a été donné d'observer le bubon cancéreux de l'aîne, le diagnostic parut à notre Maître des plus faciles, mais encore une fois, il s'agit d'une période tardive. L'intérêt de notre travail est de prouver qu'au début, l'erreur est possible, puisque des observateurs très avertis l'ont commise.

Il est curieux de signaler que dans les revues générales qui ont été consacrées par divers auteurs au diagnostic des bubons de l'aîne, aucune mention n'est faite de la variété inflammatoire d'adénopathies cancéreuses que nous étudions. Pour rare qu'elle soit, notre thèse aura au moins le mérite de la signaler, de prévenir le clinicien contre une erreur possible, et de faire entrer désormais dans la liste des tuméfactions inflammatoires des ganglions inguinaux, le bubon cancéreux de l'aîne.

Il est superflu d'ajouter que cette notion n'enlève

pas davantage à la poradénite inguinale son autonomie ; que le cancer de la face à type actinomycosique n'enlève son autonomie à l'actinomycose faciale ; il n'y a même pas à s'arrêter à une telle affirmation tant elle est évidente.

Bubon strumeux

Le bubon strumeux a été considéré comme fréquent à la région inguinale ; on connaît les travaux que lui a consacrés le Professeur Lejars. Depuis la thèse de Phylactos, on s'accorde à reconnaître que la poradénite inguinale doit désormais comprendre le plus grand nombre sinon la totalité des cas décrits sous le nom de bubon strumeux.

Il ne nous appartient pas de refaire ici une démonstration que notre Maître a rendu si parfaitement convaincante dans la thèse de son élève ; nous pouvons au moins dire que ses conclusions sont encore fortifiées par l'expérience qu'il a acquise depuis. La tuberculose primitive et isolée des ganglions inguinaux est pour notre Maître une affection très rare, dont, malgré ses recherches, il n'a pu trouver que quatre cas authentiques que la découverte des bacilles ou l'inoculation positive à l'animal rendaient indiscutables.

Sur les quatre cas qu'il a observés, un seul a présenté de l'abcédation ; dans tous les autres, les ganglions sont restés durs et indolents, on ne pouvait parler à leur propos d'adénites, de bubons.

Le *bubon pyodermitique* succède à une excoriation des pieds ou à une pyodermite de la jambe ou de la

cuisse. On observe tantôt un ganglion qui se ramollit lentement avec phénomènes inflammatoires légers, tantôt au contraire un véritable abcès chaud ganglionnaire avec lymphangite. Un examen du membre inférieur s'impose donc, d'autant plus qu'il peut y avoir contraste entre la lésion causale parfois minime et l'adéno-phlegmon consécutif.

La découverte de la porte d'entrée de l'infection, comme du reste l'évolution rapide vers la guérison, individualise nettement l'affection dont le siège est plutôt crural qu'inguinal.

Nous ne ferons que signaler les bubons secondaires à des *manifestations tuberculeuses*, ou *cancéreuses* ulcérées ; dans ces cas, les lésions sont tellement avancées que l'ulcération ganglionnaire passe au second plan et ne présente aucun intérêt diagnostique.

La *syphilis ganglionnaire tertiaire* contrairement à l'adénite des périodes primaires et secondaires peut aboutir au ramollissement et à la fistulisation. C'est le type « scrofuloïde » bien étudié par MM. Favre et Bernheim. Cette affection est une rareté aux aines et se voit plutôt aux régions cervicales et sous-maxillaires. Elle envahit la peau sur une large surface et le contenu s'évacue en donnant lieu à une ulcération profonde, taillée à pic, d'aspect gommeux caractéristique.

2° ADÉNOPATHIES NON SUPPURÉES

Nous examinerons maintenant les quelques affections donnant des adénopathies inguinales localisées, ne suppurant pas.

Syphilis primaire

L'adénopathie de la syphilis primaire débute environ une semaine après l'apparition du chancre. Elle prend rapidement les caractères suivants : adénopathie moyenne comme développement, parfois très appréciable à la vue, dure, indolente, roulant sous le doigt, polyganglionnaire, avec un ganglion en général plus volumineux que les autres. Elle siège le plus souvent du même côté que la lésion mais peut être double ou croisée. Chez le vieillard cette adénopathie peut être très discrète.

Si l'accident primitif est caractérisé, le diagnostic est posé, et le doute n'est pas permis.

S'il n'existe qu'une ulcération à caractères imprécis, ambigus, comme une érosion minime, ou si la lésion est cachée par un phimosis inflammatoire, ou bien encore, si l'adénite a survécu à la lésion comme un « témoin posthume » ; on se basera sur les caractères de l'adénite pour établir le diagnostic différentiel. En effet, au lieu d'une masse bosselée, dure, il s'agit de nombreux ganglions durs eux aussi, mais de taille inégale, et séparés les uns des autres, sans réaction de périadénite.

Dans l'*herpès génital*, l'inflammation des ganglions est constante. Cette adénite est polyganglionnaire, de petites dimensions, nettement douloureuse, surtout au début. Elle disparaît d'ailleurs en quelques jours. Elle se différenciera donc facilement de nos adénopathies.

Nous signalerons aussi l'adénite qui peut se manifester dans le *zona*, dans la *blennorragie aiguë* ou

suraiguë où elle est précoce et douloureuse, dans les *balanites* inflammatoires. Dans tous ces cas, la coexistence des lésions génitales ne permettra pas le doute.

Dans les *affections tuberculeuses* du membre inférieur (lupus, tuberculose verruqueuse, gommès, arthrite) on constate un engorgement inguinal caractérisé par des ganglions petits ou moyens, sans périadénite, roulant sous le doigt et n'arrivant que rarement à la suppuration. Les caractères de l'adénite et la coexistence des lésions font faire facilement le diagnostic différentiel.

Adénite cancéreuse secondaire de l'aine

Le diagnostic de l'adénite secondaire ne nous retiendra pas: il est rendu facile par la constatation même de la lésion primitive dont la réaction ganglionnaire est secondaire. Il serait intéressant, et nous regrettons de n'avoir pu le faire, d'étudier les observations qui ont été rapportées d'adénopathies inguinales, cancéreuses, symptomatiques; il eut été très intéressant de savoir si, à côté de leur aspect habituel, celui de grosses masses dures non suppurées, on avait observé la variété d'adénopathies cancéreuses larvées à masque inflammatoire, que notre travail a pour but d'étudier.

Nous venons d'envisager pour établir notre diagnostic les différentes affections à retentissement ganglionnaire inguinal, qui peuvent à certains stades de leur évolution, mimer l'affection dont nous nous occupons; car il semble indiscutable que les symptômes présentés par nos trois malades ne peuvent entrer dans

le cadre d'aucune des adénites que nous venons de décrire.

Avec certaines de ces affections, le diagnostic se fera facilement, avec d'autres il deviendra beaucoup plus difficile.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une adénite inguinale subaiguë dont la cause n'est pas évidente, il sera bon de songer à la possibilité d'une adénopathie cancéreuse.

Rien ne devra être négligé pour établir le diagnostic et le laboratoire y contribuera pour une large part; ce sera le contrôle bactériologique, l'expérience sur l'animal, les recherches hématologiques et sérologiques, et surtout la *biopsie*. On ne devra pas craindre de la faire en cas de doute, car alors que les autres examens donneront des preuves négatives, l'examen histo-pathologique apportera une preuve positive de la plus grande importance pour le diagnostic qu'il est bon de poser rapidement afin d'éviter les longs retards qui ont aggravé les trois cas dont nous avons rapporté les observations.

Conclusions

I. — Nous étudions dans notre thèse trois cas d'adénopathies cancéreuses des ganglions inguinaux qui ont présenté un ensemble de caractères communs qui méritent d'être signalés.

1° Dans les trois cas, l'adénopathie a débuté chez des sujets en pleine santé sous l'aspect d'adénite subaiguë. L'affection s'est manifestée par de la rougeur, de la chaleur, des signes d'abcédation prochaine.

2° L'aspect inflammatoire a été tel que, dans aucun cas, le soupçon même d'une adénopathie néoplasique n'est venu à l'esprit des observateurs qui ont traité ces adénites comme des adénites subaiguës.

3° C'est tardivement, après l'intervention chirurgicale, que des signes propres aux adénopathies néoplasiques se sont démasqués (induration profonde, développement de masses dures, apparition de champignons néoplasiques).

II. — Un second caractère de ces adénites est de s'être présentées comme cliniquement primitives. L'exploration des territoires cutanéomuqueux n'ayant révélé aucune lésion suspecte.

III. — Notre thèse apporte donc la notion de la relative fréquence, à la région inguinale, d'adénopathies néoplasiques à symptomatologie anormale; adénopathies néoplasiques larvées à type d'adénite subaiguë. Pour relativement rares qu'ils soient, de pareils faits importants méritent d'être connus.

IV. — Le diagnostic à la première période est sans doute très difficile sans le recours de l'examen histologique qui doit toujours être pratiqué dans les adénites subaiguës inguinales dont la cause n'est pas absolument évidente. C'est seulement par le recours aux méthodes de laboratoire que le diagnostic de ces adénopathies pourra être établi d'une façon précoce; et que l'on pourra éviter les longs retards qui ont aggravé les cas dont notre thèse rapporte les observations.

V. — La notion de cancer évoluant sous le masque de l'inflammation n'est pas absolument inconnue, MM. Nicolas et Favre ont déjà signalé l'intéressante variété de cancers de la face à type clinique d'actinomyose.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	FAVRE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 19 Février 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- BALZER (F.). — Maladies vénériennes, in *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Carnot*. Paris, 1921.
- BORY (L.). — Le lymphogranulome inguinal. *La Médecine*, novembre 1921.
- Le chancre lymphogranulomateux. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, novembre 1921.
- Le lymphogranulome inguinal. *Le Progrès Médical*, décembre 1921.
- Adénopathies multiples pseudo-chancrelleuses. *Annales des Maladies Vénériennes*, avril 1926.
- BRAULT (J.). — Adénites inguino-crurales subaiguës, d'origine infectieuse banale. *Semaine Médicale*, 1896, p. 391.
- CHASSAIGNAC (E.). — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859, p. 354-355.
- CHAVANNE. — Les adénites subaiguës de l'aîne. *Thèse de Lyon*, 1902-1903.
- CLAUDE (J.-L.). — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. *Thèse de Lyon*, 1913.
- DUGAS. — Du traitement des adénites inguinales inflammatoires par l'extirpation. *Thèse de Montpellier*, 1909.

DURAND, NICOLAS et FAVRE. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 31 janvier 1913).

— *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (6 février 1913).

— *Province Médicale*, 8 février 1913.

— Lymphogranulomatose localisée de l'aîne. *Lyon Médical, Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 20 février 1913, p. 69-77.

— *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mai 1913.

DURAND, NICOLAS, FAVRE et GATÉ. — Notes cliniques sur la lymphogranulomatose inguinale à propos d'un nouveau cas. *Lyon Médical*, 1914.

— *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 10 mars 1914.

FAVRE (M.). — Note sur des recherches bactériologiques à propos d'une variété d'adénites inflammatoires de la région inguinale (lymphogranulomatose inguinale). *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, mars 1921.

FIESSINGER. — Diagnostic des adénopathies chroniques de l'adulte. *Journal des Praticiens*, 19 mars 1925, p. 162.

GENSOLLEN. — Cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale. *Thèse Lyon*, 1919.

GOUGEROT (H.). — Adénites chancrelleuses, bubons chancrelleux chroniques. *Paris Médical*, 1916.

IMBERT (L.). — De l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires. *Lyon Chirurgical*, septembre 1909.

LEJARS (F.). — Le bubon strumeux de l'aîne. *Presse Médicale*, Paris, 1894.

— Adénites subaiguës et chroniques simples, in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 1897, t. I.

- L'HARDY (E. F.). — De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires. *Thèse Paris*, 1894-95.
- MARION et GANDY. — L'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires prétendue « simple ». *Archives générales de Médecine*, 1901, p. 129-172.
- MASSIA (G.) et LACASSAGNE (J.). — Diagnostic des adénopathies inguinales. *Journal de Médecine de Lyon*, 1923.
- NÉLATON (A.). — De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires. Leçon de Clinique chirurgicale. *Semaine Médicale*, 1890, p. 402-403.
- NICOLAS (J.) et FAVRE. — Traitement radiothérapique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *C. R. de la Société de Biologie*, juillet 1921.
- PIGEON et TANTON. — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénites inguinales (adénites climateriques à bacilles fluorescents). *Archives générales de Médecine*, 1908.
- PHYLACTOS (A.). — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux (ulcère vénérien adénogène). Ses rapports avec le bubon climatique. *Thèse de Lyon*, 1922.
- RAVAUT et SCHEIKEVITCH. — Lymphogranulomatose des ganglions de l'aine. Fréquence de cette affection. Présentation de pièces. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, mars 1921.
- TROUSSEAU (A.). — Adénies. *Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. III. Paris, 1894.
- VELPEAU (A.). — Article « Adénites », in *Dictionnaire*, Dechambre, 1865.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
<i>Première partie.</i> — Observations	15
Discussion	19
<i>Deuxième partie.</i> — Déductions.	31
Chapitre premier. — Commentaire des observations	33
Chapitre II. — Symptomatologie	41
1° Période de début	41
2° Période tardive	44
<i>Troisième partie.</i> — Considérations étiologiques ...	47
<i>Quatrième partie.</i> — Diagnostic	55
I. Adénopathies généralisées	59
II. Adénopathies localisées	64
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

